SUPPLÉMENT A L'EXPOSÉ

DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Pierre NOBÉCOURT



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920





TITRES

Membre du comité directeur de l'*Œuvre de la tuberculose*.
Vice-président de l'*Œuvre nouvelle des crèches parisiennes*.
Vice-président de la *Société protectrice de l'enfance*.

ENSEIGNEMENT

I. Enseignement donné à la Clinique des maladies des enfants, sous la direction du Professeur Hutinel.

1919. Enseignement de vacances comportant :

1° Des *conférences cliniques*;

2° Un *cours de perfectionnement*, organisé avec la collaboration des chefs et anciens chefs de clinique et de laboratoire.

1920. Conférences sur les maladies des enfants et Leçons cliniques.

II. **1919.** Conférence sur l'*Alimentation des nourrissons* donnée au Cours complémentaire de thérapeutique (Professeur Carnot).

1920. Conférence sur l'*Examen des organes cardiaques, digestifs et urinaires des écoliers*, donnée au Cours complémentaire d'hygiène scolaire (Professeur Léon Bernard).

III. Enseignement donné à l'École des élèves sages-femmes et à l'Institut de puériculture de la Maternité, en 1919 et 1920 :

1° Conférences de *pathologie générale* et de *pathologie médicale élémentaires*.

2° Leçons cliniques élémentaires *d'hygiène, de médecine et de thérapeutique du nourrisson*.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Ce *Supplément* contient l'exposé des travaux poursuivis depuis le mois d'avril 1919[1]. Leur division est la suivante :

I. Pneumocoques et infections a pneumocoques.
II. Tuberculose et puerpéralité.
III. Clinique, médecine et thérapeutique des enfants.
IV. Hygiène des enfants.

I

PNEUMOCOQUES ET INFECTIONS A PNEUMOCOQUES

290. — Le traitement des pleurésies purulentes à pneumocoques du nourrisson par la sérothérapie spécifique. (En collab. avec M. Paraf.) *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 20 mai 1919 et *Archives de médecine des enfants*, XXII, octobre 1919.

291. — Étude des pneumocoques isolés dans une crèche d'hôpital. (En collab. avec M. Paraf.) *Bull. de la Soc. médicale des hôpitaux*, 4 juillet 1919.

292. — Variations de la fréquence des pneumocoques dans un service d'hôpital pendant une année. *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 24 février 1920.

293. — Recherches épidémiologiques sur les infections à pneumocoques du nourrisson. Etude des pneumocoques d'une crèche d'hôpital. (En collab. avec MM. Paraf et H. Bonnet.) *La Presse médicale*, 19 mai 1920.

1. Le numérotage des publications fait suite à celui du précédent *Exposé de titres* (1919).

On admet généralement que les infections dues aux pneumocoques sont tantôt d'origine *endogène*, tantôt d'origine *exogène*. Comme le pneumocoque est un hôte banal de la cavité bucco-pharyngée des personnes saines et comme, jusqu'à ces dernières années, la bactériologie ne permettait pas de distinguer des pneumocoques saprophytes et des pneumocoques pathogènes, il était bien difficile de préciser la part de l'une et de l'autre origine.

La séro-agglutination a permis à des médecins américains, depuis 1915, de grouper les pneumocoques en quatre variétés ou types, I, II, III, IV; le type IV comprend la plupart des pneumocoques non pathogènes.

D'avril 1919 à mars 1920 nous avons pratiqué, dans le service de médecine de *la Maternité*, la recherche systématique des pneumocoques chez les malades, adultes et enfants, ainsi que chez des personnes saines.

Chez *38 personnes indemnes d'affections des voies respiratoires*, nous avons isolé :

Le pneumocoque	I	2 fois.
—	II	16 —
—	IV	20 —

Chez *139 malades atteints de rhino-pharyngites, d'angines, de broncho-pneumonies, de pleurésies purulentes,* nous avons trouvé :

Le pneumocoque	I	10 fois.
—	II	117 —
—	III	3 —
—	IV	3 —
Un —	I + II	6 —

Au total, des pneumocoques ont été rencontrés 117 fois sur 322 ensemencements, soit dans 58 p. 100.

La proportion des ensemencements positifs a varié suivant les *influences saisonnières* : 79 p. 100 (mars 1919 à juin), 18 p. 100 (avril à octobre), 61 p. 100 (novembre à février 1920).

Durant la deuxième période (août à octobre) le type IV a été relativement plus fréquent que durant les autres, le type II a été rare, les types I et III ont fait défaut. A ce moment les affections des voies respiratoires étaient exceptionnelles, contrairement à ce qui se passait dans les autres périodes.

Quand les pneumocoques I et II ont été rencontrés chez des indi-

vidus indemnes d'affections des voies respiratoires, il existait, en général, une source de *contagion* : entrée dans une salle d'un malade atteint d'une affection due à ce germe, suivie de l'apparition chez les voisins; passage d'une mére à son enfant, etc.

En résumé, les pneumocoques ont joué un grand rôle dans la pathologie de notre service. Ils sont responsables de la plupart des angines, des rhino-pharyngites, des broncho-pneumonies, des pleurésies purulentes observées chez les femmes et chez les enfants. Le pneumocoque II a été le plus fréquemment isolé. Le pneumocoque IV n'a guére été rencontré que chez des individus indemnes de toute affection aiguë des voies respiratoires et du pharynx.

La contagion, démontrée par l'observation clinique et la bactériologie, s'est souvent exercée, surtout de femme à enfants, plus rarement de bébé à bébé.

Il est donc indispensable de séparer, dans les crèches, les méres malades des enfants et de réaliser l'isolement individuel; on diminuera ainsi grandement la morbidité et la mortalité.

Un diagnostic bactériologique permet non seulement de réaliser la *prophylaxie* mais encore de tenter une thérapeutique spécifique. Nous avons utilisé le *sérum antipneumococcique* de l'Institut Pasteur, préparé par MM. Nicolle et Truche. En injections intrapulmonaires et intramusculaires, il a paru avoir une influence favorable dans certaines broncho-pneumonies évoluant chez des nourrissons de moins de six mois, habituellement très graves. Chez trois bébés atteints de broncho-pneumonies compliquées de pleurésies purulentes à pneumocoques II **(290)** les injections intrapleurales de sérum, aprés évacuation du liquide, renouvelées pendant trois, quatre ou cinq jours, ont eu une action favorable; ces enfants ont guéri de leurs affections pneumococciques, mais l'un d'eux est mort dans la suite de cachexie et d'infection cutanée. Sans permettre d'apporter des conclusions fermes, ces faits montrent que la sérothérapie antipneumococcique mérite d'être étudiée.

II

TUBERCULOSE ET PUERPÉRALITÉ

294. — L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse. (En collab. avec M. Paraf.) *Bull. de la Soc. médicale des hôpitaux*, 28 novembre 1919.

295. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse. Allaitement et tuberculose. (En collab. avec M. Paraf.) *La Presse médicale*, 18 février 1920.

Depuis longtemps, de nombreux médecins ont montré que la puerpéralité exerce une influence manifeste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire; mais tandis que, pour les uns, elle favoriserait son évolution, pour d'autres, elle aurait plutôt une action bienfaisante. En réalité il s'agit d'une question d'espèces, comme l'a montré le Professeur Bar.

Dans le service de médecine de *la Maternité* nous avons constaté les faits suivants :

1° Les femmes atteintes de *tuberculoses pulmonaires fibreuses*, apyrétiques, de date ancienne, out accouché d'enfants de poids normaux et n'ont présenté aucun réveil de l'infection.

2° Les femmes atteintes de *tuberculoses pulmonaires ulcéro-caséeuses*, presque toutes jeunes et primipares, ont présenté, peu de temps après l'accouchement, des *broncho-pneumonies tuberculeuses aiguës*; dans la plupart des cas, celles-ci se sont terminées par la mort en moins de six semaines. Les autopsies ont montré, à côté de lésions fibro-caséeuses anciennes, des *tubercules broncho-pneumoniques récents*.

3° Des femmes, entrées dans le service d'accouchement en bon état de santé, qui portaient un *foyer tuberculeux latent*, ont été prises, peu de jours après l'accouchement, de fièvre et de phénomènes généraux. On constatait, au bout de quelque temps, des *congestions pleuro-pulmonaires* ou des *pleurésies* avec épanchement séro-fibrineux d'abondance moyenne. Ces affections ont eu une évolution prolongée. La moitié de ces malades

a quitté le service en assez bon état; d'autres sont mortes de *granulie* ou ont présenté, à un moment donné, des signes de *tuberculose pulmonaire évolutive*.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer l'aggravation de la tuberculose du fait de la puerpéralité.

L'étude des *réactions à la tuberculine* peut donner, à cet égard, des indications intéressantes. MM. Bar et Devraigne ont constaté que les cuti-réactions à la tuberculine sont moins fréquentes pendant le neuvième mois de la grossesse et les dix premiers jours du post-partum que passé le dixième jour.

De notre côté, nous avons étudié les *variations de la cuti-réaction à la tuberculine* vers la fin de la grossesse et après l'accouchement. De nos recherches, il résulte qu'assez souvent, dans environ 15 p. 100 des cas, la cuti-réaction est modifiée par la puerpéralité. Chez des femmes atteintes de tuberculose ulcéro-caséuse, la cuti-réaction a été négative avant comme après l'accouchement. Chez des femmes cliniquement indemnes de tuberculose, elle a été supprimée ou diminuée dans les jours qui ont suivi l'accouchement; chez quelques-unes son fléchissement a coïncidé avec l'éclosion d'une manifestation tuberculeuse (pleurésie ou congestion pleuro-pulmonaire). Par contre les femmes atteintes de tuberculoses pulmonaires fibreuses ont présenté des cuti-réactions nettement positives.

Si on admet que les réactions à la tuberculine sont, le plus souvent, parallèles aux réactions d'immunité, il ressort des constatations précédentes que la grossesse et surtout l'accouchement, phénomène physiologique, déterminent un état d'*anergie tuberculinique*, analogue à celui produit par certaines maladies infectieuses telles que la rougeole et la grippe.

De même que la puerpéralité, l'*allaitement* peut aggraver la tuberculose pulmonaire; dans certains cas cependant il est favorable à la santé de la mère (Sabourin).

L'observation nous a montré que des femmes, dont la *tuberculose pulmonaire fibreuse* réalise une véritable cicatrice, qui conservent des

cuti-réactions positives à la tuberculine, qui n'ont pas d'expectoration bacillifère, peuvent allaiter leurs enfants, pour le plus grand bénéfice de ces derniers, sans éprouver aucun dommage.

Les quelques bébés, que nous avons suivis, se sont développés régulièrement. Ces nourrissons n'ont pas présenté les retards de croissance que l'on remarque assez souvent chez les enfants nés de mères malades (**208**, **209**).

III

CLINIQUE, MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE DES ENFANTS

296. — Quelques considérations sur l'alimentation dans la moyenne et la grande enfance. *La Presse médicale*, 5 novembre 1919.

Dans cette leçon, j'ai complété l'étude que j'avais abordée précédemment (**255**). J'ai montré les besoins alimentaires des enfants de 2 ans et demi à 15 ans et demi, les règles à observer dans leur alimentation suivant leur âge et leur poids pour subvenir à leurs besoins caloriques et à leurs besoins de substances déterminées, pour assurer l'entretien de leur organisme et leur croissance. Il faut d'ailleurs choisir entre les aliments d'après leur digestibilité et ne pas trop rationner les enfants, surtout pendant la période de croissance de la puberté.

297. — Sur l'instabilité thermique chez les enfants. *Bull. de la Soc. médicale des hôpitaux*, 2 mai 1919.

Il est fréquent d'observer, chez des enfants bien portants, des élévations thermiques provoquées par le jeu (**100**). La température rectale peut atteindre 38°,5 et même 39° dans la demi-heure qui suit la mise au

repos. Cette réaction est passagère. Rien ne permet, chez ces enfants, de soupçonner la tuberculose. La *réaction de promenade* n'a qu'une valeur minime pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et doit être interprétée avec beaucoup de réserves.

298. — Méningite cérébro-spinale chez un nourrisson. Début par arthrite. Mort par abcès du cerveau. (En collab. avec M. Paraf.) *Bul. de la Soc. de pédiatrie*, 20 janvier 1920 et *Archives de médecine des enfants*, XXIII, n° 5, mai 1920.

Un bébé de six mois a, pendant seize jours, une fièvre irrégulière, de la rhino-pharyngite, de la bronchite, une diarrhée légère. Après une courte rémission, la fièvre s'élève de nouveau et une *arthrite* du cou-de-pied gauche apparait. Il n'existe aucun symptôme clinique de méningite, mais une ponction lombaire révèle une *méningite à méningocoques*.

Malgré une sérothérapie intensive réalisée par diverses voies et l'emploi du sérum antiméningococcique B, correspondant au germe identifié, les méningocoques persistent dans le liquide céphalo-rachidien, des symptômes attribuables à une méningite basilaire ou à une épendymo-ventriculite apparaissent. La mort survient après trente-six jours de maladie. L'autopsie montre un *abcès du cerveau*.

Il convient de remarquer :

1° Le *début par une arthrite*, assez rare à cet âge, et l'importance de cette dernière, s'il n'existe pas d'autre facteur étiologique, pour le diagnostic d'infection à méningocoques;

2° La résistance à la sérothérapie, qu'explique l'*abcès du cerveau*, complication exceptionnelle.

Plus habituellement, quand les méningites cérébro-spinales ont une évolution prolongée, celle-ci est due à une méningite cloisonnée de la base ou à une épendymo-ventriculite aussi bien chez le nourrisson (**142**) que chez l'adulte (**80**).

299. — Ulcère syphilitique de l'ombilic chez un nourrisson. (En collab. avec M. Paraf.) *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 20 mai 1919 et *Archives de médecine des enfants*, XXII, juillet 1919.

Chez un athrepsique d'un mois, dont la mère est atteinte d'une tuberculose cavitaire, apparait une *ulcération ombilicale*; celle-ci creuse

rapidement. Les bords taillés à pic, le fond grisâtre et légèrement sanieux, la zone inflammatoire rouge vineux, épaissie, sans bourrelet périphérique, font porter, malgré l'absence de tout stigmate spécifique, le diagnostic d'*ulcère syphilitique*. La réaction de Wassermann est positive.

Cette lésion, décrite par le Professeur Hutinel, est peu fréquente. Elle n'est que rarement signalée dans la littérature médicale.

300. — L'érythème noueux chez l'enfant. Ses rapports avec la tuberculose. *Journal des Praticiens*, 4 octobre 1919.

A propos d'un *érythème noueux* survenu chez un garçon de 6 ans, atteint d'*hémophilie* (**306**), j'ai, dans une leçon clinique, fait une étude de l'érythème noueux chez l'enfant. Après en avoir donné la description symptomatique et avoir passé en revue les éléments du diagnostic, j'ai discuté les arguments tirés de l'observation clinique et de l'expérimentation qui permettent, dans un certain nombre de cas, d'admettre l'origine tuberculeuse.

Chez notre petit malade, l'érythème noueux, primitif en apparence, s'est accompagné d'une *fièvre* rappelant celle de la typho-bacillose; cette fièvre seule aurait fait volontiers admettre la tuberculose. La *cuti-réaction à la tuberculine*, négative un mois et demi avant, est devenue positive et a été très forte. Il existe une volumineuse *adénopathie trachéo-bronchique* décelée par la radioscopie. Sans doute l'enfant n'a présenté aucun signe local d'évolution tuberculeuse et on n'a pas fait la preuve de la présence du bacille de Koch dans les nodules ni dans le sang veineux; mais on sait combien la bacillémie est difficile à déceler (**104**). Il semble donc légitime, en dehors de tout autre facteur étiologique, d'attribuer cet érythème noueux à la tuberculose.

301. — Endocardite chronique tuberculeuse de l'enfant. *Paris médical*, 18 octobre 1919.

Un garçon de 13 ans, que j'ai présenté dans une leçon clinique, est atteint d'une *insuffisance mitrale*. Le cœur est gros, par suite surtout de la dilatation des cavités droites. A la radioscopie, on constate une *adénopathie médiastine* et de la *médiastinite*. Il n'existe pas de signes certains de symphyse péricardique.

On ne trouve, à l'origine de cette cardiopathie, aucune des causes habituelles des endocardites. Elle a été constatée par hasard. L'enfant est venu consulter pour des *tuberculoses locales* : spina ventosa d'un pouce, mal de Pott dorsal, abcès froids de la cuisse. Il n'est pas syphilitique.

L'histoire des endocardites tuberculeuses apprend que le bacille de Koch peut déterminer non seulement des lésions anatomiquement spécifiques de l'endocarde, mais encore des lésions inflammatoires d'apparence banale, endocardites ulcéro-végétantes, endocardites simples, endocardites chroniques.

Chez notre malade la coexistence de l'endocardite chronique avec l'adénopathie trachéo-bronchique, la médiastinite et les autres tuberculoses locales, permet, à défaut de preuve absolue, de lui attribuer une origine tuberculeuse.

302. — La rétention des chlorures et de l'urée dans les néphrites des enfants. *Bull. de l'Académie de médecine*, 20 mai 1919 et *La Presse médicale*, 23 juin 1919.

303. — Le cœur et la pression artérielle dans les néphrites des enfants. *Journal de médecine de Paris*, juin 1919.

Ces mémoires renferment le résumé et la conclusion de mes recherches sur les fonctions rénales et les troubles circulatoires dans les néphrites des enfants (**148 à 155**). Je ne reviens pas sur ces questions que j'ai traitées dans mon précédent *Exposé de titres* (p. 159).

304. — Les néphrites purpuriques des enfants. *Le Bulletin médical*, 13 septembre 1919.

Une jeune fille de 15 ans est atteinte d'un *purpura rhumoïde* récidivant. Au début, surviennent quelques petites hématuries et de l'albuminurie. Celle-ci persiste, variant de 0 g. 30 à 0 g. 50 par litre.

Quand j'ai présenté cette malade, dans une leçon clinique, quatre mois après le début, l'albuminurie persistait. Jamais il n'y avait eu de chlorurémie ni d'azotémie; la pression artérielle avait toujours été faible. Il s'agissait donc d'une *néphrite subaiguë*, répondant au type de la *néphrite albumineuse simple*.

Les néphrites du purpura sont communes chez les enfants. Elles ne revêtent pas toujours le type réalisé par cette malade. Elles se présentent sous des aspects variés, dont j'ai précisé la physiologie pathologique dans des recherches antérieures (**150** à **154**, **200**, **201**).

En général, ce sont des *néphrites hématuriques*; elles n'entraînent pas de rétention chlorurée ni azotée et ne retentissent pas sur l'appareil circulatoire. Elles peuvent avoir une évolution aiguë et guérir en quatre ou cinq semaines; souvent elles prennent une allure subaiguë, puis elles guérissent au bout de quelques mois ou persistent indéfiniment. Elles entraînent la mort dans un quart des cas environ.

Rarement *elles ne sont pas hématuriques*. Elles se traduisent soit par une albuminurie plus ou moins durable, soit par la forme chlorurémique. Les observations de néphrite chronique hypertensive sont exceptionnelles et n'ont guère été recueillies que chez l'adulte.

305. — Néphrite chronique chlorurémique, azotémique et hypertensive avec infantilisme chez un hérédo-syphilitique. *Le Monde médical*, mai 1920.

Les néphrites subaiguës ne sont pas rares chez les enfants. Elles revêtent le type de la néphrite albumineuse simple, de la néphrite chlorurémique (p. 142), plus rarement de la néphrite mixte, chlorurémique et azotémique (p. 146). Elles n'entraînent en général que peu ou pas de modifications de la pression artérielle ou du cœur (**303**).

Il est exceptionnel de rencontrer une néphrite chronique avec azotémie notable et persistante, chlorurémie, hypertension et grosse dilatation hypertrophique du cœur gauche, telle que celle observée chez un garçon de 16 ans, qui a fait l'objet d'une leçon clinique.

La néphrite a débuté vers 14 ans sans cause apparente, par de l'œdème et une albuminurie abondante. Au bout de dix-huit mois, l'œdème rétrocède sous l'influence d'un régime déchloruré. L'albuminurie reste abondante (4 ou 5 g. par litre); l'infiltration séreuse se reproduit sans aboutir à l'œdème véritable; on constate une azotémie de 1 gramme persistante et durable; la pression artérielle, qui d'abord élevée, était redevenue normale (12-8 à l'oscillomètre de Pachon), remonte à 16-7; le cœur augmente progressivement de volume et l'orthodiagraphie décèle, au bout de quelque temps, une énorme dilatation hypertrophique du ventricule gauche.

Ce garçon de 16 ans présente les caractères de l'*infantilisme dystrophique du type Lorrain*; il a la taille, le poids et les proportions d'un garçon de 13 ans; il n'existe aucun signe de puberté.

On constate d'autre part des stigmates d'*hérédo-syphilis* et une *anémie* profonde; la réaction de Wassermann est positive.

L'arrêt de croissance s'est produit avant l'apparition des symptômes de néphrite. Il résulte d'une dystrophie totale et non pas de l'affection rénale. Celle-ci évolue suivant le type de la néphrite interstitielle des adultes. Elle est due au processus syphilitique; mais l'hérédo-syphilis détermine rarement chez les enfants des lésions aussi profondes et aussi étendues des reins et des troubles fonctionnels aussi grands.

306. — Quelques considérations sur un enfant hémophile. *Paris médical*, 6 décembre 1919.

L'enfant, âgé de 6 ans, a eu les premières manifestations hémophiliques à treize mois. Il présente des arthropathies, des ecchymoses sous-cutanées, une anémie moyenne; le *sang périphérique coagule en une heure* suivant le type plasmatique. Après quelques injections sous-cutanées de peptone de Witte, les ecchymoses se résorbent, le *sang périphérique coagule en vingt minutes* seulement.

Dans une leçon faite sur ce malade, j'ai décrit les caractères cliniques de l'hémophilie et les troubles de la coagulation sanguine; ceux-ci sont moins marqués chez lui que chez un autre enfant étudié quelques années avant (**202**). En même temps j'ai présenté un autre enfant atteint de *purpura* dit *primitif*, et montré les différences qui existent entre ces deux états pathologiques, notamment dans les modalités de la coagulation sanguine : dans l'hémophilie, elle est lente et retardée, dans cette variété de purpura elle est normale, comme je l'ai démontré après d'autres auteurs (**200**); au contraire de l'hémophilie, le purpura primitif n'est pas une maladie du sang. Notre petit hémophile a été amélioré et la coagulation du sang accélérée à la suite d'injections sous-cutanées de peptone de Witte, dont j'ai, après MM. Nolf et Herry, constaté l'efficacité (**202, 204, 205**).

Ce malade a présenté un *érythème noueux*, dont j'ai discuté, dans une autre leçon clinique (**300**), l'origine tuberculeuse.

307. — L'hypothyroïdie de la puberté. *Le Monde médical*, 1er octobre 1919.

Une fillette de 15 ans et demi, de petite taille et légèrement obése, présente une forme fruste du syndrome hypothyroïdien.

Après avoir relaté son observation dans une leçon clinique, j'ai montré les conséquences de l'insuffisance thyroïdienne sur le développement physique et psychique des enfants, les caractères différents qu'elle revêt suivant l'âge auquel elle se produit et son degré. A côté des symptômes communs à tous les âges, elle entraîne, en effet, chez les enfants et les jeunes gens, des symptômes particuliers, qui résultent du retentissement des troubles de la fonction thyroïdienne sur la croissance et sur la puberté, dont elle règle l'évolution.

Il importe de porter un diagnostic précoce de l'hypothyroïdie de la puberté, pour instituer l'opothérapie en temps utile.

308. — Quelques considérations sur le diabète sucré de l'enfant. *Archives de médecine des enfants*, novembre 1919.

Une fillette de 12 ans, atteinte de diabète sucré, m'a permis de rappeler les principaux caractéres de cette affection dans l'enfance. Elle y est rare.

Le début est insidieux; la polyurie et l'amaigrissement peuvent précéder l'apparition de la glycosurie. A un moment donné, les grands symptômes diabétiques, polydipsie, polyphagie, polyurie, glycosurie, sont généralement trés marqués : chez notre malade le volume des urines atteignait 2 ou 3 litres et la glycosurie 100 à 200 grammes, suivant les périodes.

Notre fillette conservait un état général relativement satisfaisant, alors qu'habituellement l'amaigrissement est rapide. Mais son poids, sa taille, le rapport du poids à la taille étaient ceux d'une fille de sept ou huit ans. Sa croissance était en retard de quatre ou cinq ans. Elle était un exemple des *hypotrophies de la grande enfance*, qu'il ne faut pas confondre avec les cachexies.

Chez notre diabétique, un tel retard de croissance pouvait s'expliquer, en partie tout au moins, par les déperditions importantes de sucre, du fait de la glycosurie et le régime hypoglycosique. Son régime avait une valeur de 1 530 calories par jour, soit 85 calories par kilogramme; elle

perdait par les urines, avec le glycose, 450 calories par jour. Il ne restait donc dans l'organisme qu'environ 1 000 calories soit 58 calories par kilogramme, quantité suffisante pour l'entretien, mais insuffisante pour asssurer l'accroissement (**296**). En outre la ration d'hydrates de carbone était inférieure à celle qui est normalement nécessaire à des enfants de cet âge.

Une certaine quantité d'hydrates de carbone est nécessaire à l'enfant. Chez les enfants diabétiques il ne faut pas trop les restreindre et il convient de se garder d'un régime trop sévère. Après *un jour de légumes*, qui a abaissé la glycosurie à 12 grammes par vingt-quatre heures, la diurèse a très diminué et il est apparu de l'œdème. Puis, malgré la reprise du régime antérieur, l'enfant a maigri, est devenue somnolente, a eu de grandes quantités d'acétone et d'acide diacétique dans l'urine. Par contre le régime ordinaire de l'hôpital et un supplément de 50 grammes de sucre par jour ont amené une amélioration rapide. L'ingestion d'une certaine dose de sucre a donc eu une action nettement favorable.

309. — Complications tardives de l'appendicite : abcès gazeux sous-phrénique et abcès rétro-colique, (En collab. avec M. Stévenin.) *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 20 janvier 1920.

Deux garçons de 12 et 13 ans entrent, presque en même temps, à la *Clinique des maladies des enfants*.

Ils ont présenté, un mois auparavant, de la fièvre et des symptômes abdominaux qui ont fait penser à l'appendicite, mais ont rapidement rétrocédé. Cependant la fièvre a persisté; elle s'est accompagnée de diarrhée et d'amaigrissement.

On ne trouve pas de phénomènes appendiculaires et le diagnostic reste en suspens. Quelques jours plus tard, la radioscopie révèle, chez l'un, l'existence d'un *abcès gazeux sus-hépatique* et *sous-phrénique*; l'examen clinique décèle, chez l'autre, une *collection rétro-colique*. On intervient chirurgicalement. Le premier malade meurt subitement peu de temps après l'ouverture de la collection sous-phrénique; l'autre, dont l'abcès rétro-colique est incisé, quitte l'hôpital avec une fistule stercorale.

310. — Guérison rapide par la radiothérapie de phénomènes dyspnéiques graves causés par une volumineuse adénopathie tuberculeuse du

médiastin. (En collab. avec MM. Stévenin et Duhem.) *Bull. de la Soc de pédiatrie*, 21 octobre 1919.

311. — Un cas de compression médiastinale favorablement influencée par la radiothérapie. (En collab. avec MM. Sevestre et Duhem.) *Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris*, 21 octobre 1919.

Dans les affections du médiastin, on observe assez souvent, chez les enfants, des phénomènes dyspnéiques menaçants dus à la compression des voies respiratoires.

Chez un enfant de 5 ans et demi (**310**) porteur d'une volumineuse *adénopathie tuberculeuse du médiastin*, une dyspnée progressive avec accès paroxystiques fait craindre une issue fatale. Les accidents cèdent rapidement après deux séances de radiothérapie; la radioscopie montre une diminution considérable des masses ganglionnaires, due probablement à la résorption de la périadénite.

Un garçon de 13 ans (**311**), au début d'une *leucémie lymphatique* à marche aiguë, alors que le sang ne présentait pas encore de modifications appréciables, est pris de phénomènes graves de compression des voies respiratoires et de compression veineuse causés par une volumineuse tumeur du médiastin supérieur. Une seule séance de radiothérapie fait disparaître presque instantanément les troubles fonctionnels et, en deux ou trois jours, les signes physiques. Dans la suite, surviennent des modifications caractéristiques du sang qui confirment le diagnostic.

312. — L'angine diphtérique. *La Médecine pratique*, juin 1919, p. 93.

Conférence faite à la *Clinique des maladies des enfants*.

313. — Des souffles anorganiques de la région précordiale chez les enfants. *Le Nouveau journal des médecins*, 20 avril 1920.

Les souffles anorganiques de la région précordiale sont fréquents chez les enfants; contrairement à une opinion souvent soutenue, ils ne sont pas exceptionnels avant 3 ans. Leur constatation peut entraîner des diagnostics erronés de cardiopathies. Une sémiotique précise permet, sauf exception, de les différencier des souffles organiques.

314. — Les médications du cœur chez les nourrissons. *Journal de médecine de Paris*, 5 mai 1920.

Ces médications n'ont de spécial que leur mode d'emploi qui doit être adapté au jeune âge des malades. Elles comprennent :

1° Des *agents physiques* : applications de glace, bains chauds, enveloppements frais et humides du thorax, saignées locales et saignées générales.

2° Des *médicaments* : digitale, théobromine, sulfate de strychnine, sulfate de spartéine, ergotine, caféine, huile camphrée, éther. La posologie et le mode d'emploi de chacun d'eux sont étudiés dans ce travail.

315. — Le cœur chez l'enfant. Maladies congénitales du cœur et des vaisseaux, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. IV (*sous presse*).

Dans les Cardiopathies de l'enfance (**163**) j'ai réuni des conférences faites à la *Clinique des maladies des enfants.* Dans cette monographie, sont étudiés, d'une façon didactique, l'*anatomie*, la *physiologie*, la *pathologie*, la *thérapeutique* du cœur chez les enfants ; j'ai surtout montré les particularités des affections cardiaques dans le jeune âge.

Les *maladies congénitales du cœur*, que j'avais décrites autrefois avec le Professeur Vaquez (**157**), sont l'objet d'une mise au point; de nombreuses acquisitions ont été réalisées dans ces dernières années.

IV

HYGIÈNE DES ENFANTS

316. — Natalité et mortalité infantile. (En collab. avec M. G. Schreiber.) *Archives de médecine des enfants*, 1920.

Dans cette étude nous passons en revue les questions suivantes :

I. Natalité et mortalité. — Diminution de la *natalité* dans les divers pays de l'Europe et particulièrement en France. Courbes de *mortalité globale.* Balance des *naissances* et des *décès.*

II. Mortalité dans les différentes périodes de l'enfance. — Morta-

lité embryonnaire. Mortinalité. Mortalité de la naissance à quinze ans. Mortalité pendant la première année et pendant chaque mois de celle-ci.

Causes de la mortalité pendant la première année : mode d'alimentation (allaitement maternel, allaitement mercenaire, allaitement artificiel); affections gastro-intestinales; affections des voies respiratoires; maladies infectieuses aiguës; tuberculose; syphilis; débilité congénitale et naissance prématurée; maladies diverses.

Facteurs secondaires de la mortalité infantile : villes et campagne, travail des mères, logement, alcoolisme, illégitimité, climats, saisons, etc.

La connaissance précise des causes de mort est la base de la *lutte contre la mortalité enfantile.*

317. — Chambres d'allaitement. (En collab. avec M. G. Schreiber.) *La Pédiatrie pratique*, 5 mai 1920.

La chambre d'allaitement est une salle spéciale installée dans une usine ou dans un magasin pour permettre aux mères qui travaillent d'allaiter leurs enfants sous la surveillance du médecin de l'établissement.

Quelques chambres d'allaitement ont été fondées depuis longtemps par l'initiative privée. La *loi du 5 août 1917* les a rendues obligatoires.

Nous étudions leur *organisation*, leur *fonctionnement*, leur *budget*, leurs *résultats.*

Elles sont le correctif indispensable de l'usine dans la lutte contre la mortalité infantile. Mais il serait préférable de retenir la mère à la maison, en lui allouant une indemnité journalière suffisante pour vivre; la *Société de la natalité lyonnaise* utilise avec avantage cette manière de faire.

318. — Hygiène sociale de l'enfance. (En collab. avec M. G. Schreiber.) Masson et Cie, édit. (*sous presse*).

Ce livre, écrit en partie avant la guerre, a pour point de départ l'enseignement donné à la *Clinique des maladies des enfants* de 1910 à 1914 (p. 5); nous en avons exposé déjà les principales directives (**257, 262**).

Il comprend quatre parties.

La première partie traite de l'*Hygiène sociale de la première enfance.*

La deuxième partie étudie l'*Hygiène sociale de la moyenne et de la grande enfance.*

La troisième partie est réservée à la *prophylaxie des maladies transmissibles*.

La quatrième partie s'occupe de l'*Assistance et du traitement des enfants malades*, de l'*Assistance des enfants anormaux et des enfants abandonnés*.

THÈSES FAITES SOUS MA DIRECTION

— 1919 —

VERSINI. — **Rhumatisme cervico-sciatique.**

Les observations ont été recueillies, pendant la guerre, dans mon *service de contagieux de l'ambulance 12/2* à Fismes. L'auteur étudie les faits qui ont servi à ma description du syndrome clinique de *rhumatisme cervico-sciatique* (**88** à **94**).

MOUVEROUX (Antoine). — **L'alimentation sucrée dans quelques troubles de la digestion et de la nutrition chez le nourrisson.**

Les observations ont été recueillies dans mon service de la *Maternité*, ou je poursuis des recherches entreprises depuis longtemps sur l'*alimentation sucrée des nourrissons* (4 à 7). L'auteur montre les bons résultats obtenus par l'introduction de 10 ou 15 p. 100 de sucre de canne dans l'alimentation. Il étudie principalement la diète hydrique sucrée, le lait hypersucré, le régime sec hypersucré et leurs effets dans les vomissements, les affections gastro-intestinales, les hypotrophies et les cachexies des nourrissons.

— 1920 —

GODARD (Michel). — **Le traitement de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital.**

DEGUILLAUME (Léon). — **Quelques insuccès de la digitaline dans les cardiopathies de l'enfance avec gêne mécanique.**

DARTIER (Jules). — **Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose.**

TABLE DES MATIÈRES

447-20. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 5-20.